



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE _____

ໄວເດັກນັ້ນຕົ້ນ: 9 ເດືອນ

ພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ປະກອບໃຫ້ລູກ	ຊື່ເດັກ	ວັນເກີດ
	ອາການພິດ	ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ	
	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນເອງດ້ວຍມື. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເວົ້າໃຈຄວາມເວົ້າບາງຄຳ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍຕື່ນຂຶ້ນຍາມກາງຄືນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວົນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເສົ້າເລື້ອຍໆ.	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດຍ້າຍໄປມາດ້ວຍລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຫລິ້ນເກມເຊັ່ນວ່າ ກິກຈະ ຫລື ຕົບມືກັນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍິນ.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Hct/Hgb Review Immunization Record

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

Family Planning Safety No Bottle in Bed

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding/colic Fever

Teeth Cleaning Bedtime ritual Language Stimulation

Stranger Anxiety Appropriate Car Seat Child care

Passive Smoke Syrup of Ipecac

Other: _____

Assessment: _____

NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-683D LA (REV. 08/2001) SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

INFANCY: 9 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.
- at 6-18 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Sits without support.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Stands holding on.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cruises.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Imitates speech sounds.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb-finger grasp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responds to name.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plays "Peek-a-boo."
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ການກວດເດັກໃຫ້ມີສຸຂະພາບດີ - ແອນໄອຍ: 9 ເດືອນ
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS
(ເຮັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວເດັກນັ້ນຕົ້ນ: 9 ເດືອນ

ພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ປະກອບໃຫ້ລູກ	ຊື່ເດັກ		ວັນເກີດ																																																																																																	
	ອາການພຶດ	ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ																																																																																																		
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ																																																																																																			
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນເອງດ້ວຍມື. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເວົ້າໃຈຄວາມເວົ້າບາງຄຳ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍຕື່ນຂຶ້ນຍາມກາງຄືນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວົນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເສົ້າເລື້ອຍໆ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດຍ້າຍໄປມາດ້ວຍລາວ (ຊາຍຍິງ) ເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຫລິ້ນເກມເຊັ່ນວ່າ ກິກຈະ ຫລື ຕົບມືກັນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍິນ.																																																																																																		
ນ້ຳໜັກ KG/OZ ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____ ການຖ່າຍ _____ ການນອນ _____ <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> ກວດເບິ່ງບັນທຶກສັກຢາກັນໂຮກ <input type="checkbox"/> ເພີ່ມທາດ ຟຣີໂຣດ <input type="checkbox"/> ເຄືອບດ້ວຍທາດ ຟຣີໂຣດ ການສຶກສາສຸຂະພາບ/ຫລັກເກນທີ່ຄາດໄວ້: (ໝາຍເອົາທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ເຮັດ) <input type="checkbox"/> ການວາງແຜນຄອບຄົວ <input type="checkbox"/> ຄວາມປອດໄພ <input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນນົມຢູ່ຕຽງນອນ <input type="checkbox"/> ການເຕີບໂຕ <input type="checkbox"/> ຕຽງນອນທີ່ປອດໄພ <input type="checkbox"/> ໂຮກເດັກສິ້ນ <input type="checkbox"/> ເຄື່ອງຜູກມັດແອນໄອຍ <input type="checkbox"/> ບ້ອນອາຫານ/ອາການຈຸກ <input type="checkbox"/> ເປັນໄຂ້ <input type="checkbox"/> ທຳຄວາມສະອາດແຂ້ວ <input type="checkbox"/> ເວລານອນ <input type="checkbox"/> ການກະຕຸ້ນພາສາ <input type="checkbox"/> ໝູດໝັດເມື່ອເຫັນຄົນຕ່າງໜ້າ <input type="checkbox"/> ເບາະນັ່ງຣິດທີ່ເໝາະສົມ <input type="checkbox"/> ການລ້ຽງເດັກ <input type="checkbox"/> ສູບຢາບໍ່ຈິງຈັງ <input type="checkbox"/> ນ້ຳຫວານຈາກໝາກໄມ້ <input type="checkbox"/> ອື່ນ: _____																																																																																																	
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ _____ _____ ການກວດ: <table border="0"> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ການກວດຫູ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການກວດຕາ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການເຕີບໂຕ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການປະພຶດ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ອາຣົມທາງສັງຄົມ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການເຫນັງຕິງຮ່າງກາຍ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມື</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table> ຮ່າງກາຍ: <table border="0"> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>A</td> <td></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>ທັສນະທົ່ວໄປ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ໜ້າອົກ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຜິວໜັງ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ປອດ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຫົວ/ກະໂຫລກອ່ອນ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຕາ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ຫ້ອງນ້ອຍ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຫູ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ອະໄວຍະວະສືບພັນ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ດັງ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ກະດູກສັນຫລັງ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ປາກຄໍ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ຕີນມື</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຄໍ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ເສັ້ນປະສາດ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ຂອດໂນ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ສຸຂະພາບຈິດ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ພົບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ: _____ _____ _____			N	A		ການກວດຫູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ການກວດຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ການເຕີບໂຕ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ການປະພຶດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ອາຣົມທາງສັງຄົມ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ການເຫນັງຕິງຮ່າງກາຍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມື	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		N	A		N	A	ທັສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຜິວໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ປອດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫົວ/ກະໂຫລກອ່ອນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະໄວຍະວະສືບພັນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ດັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ກະດູກສັນຫລັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ປາກຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຕີນມື	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ເສັ້ນປະສາດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຂອດໂນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				ສຸຂະພາບຈິດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				ການສັກຢາປ້ອງກັນທີ່ໃຫ້ ການສິ່ງຕໍ່ ຊື່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ
	N	A																																																																																																		
ການກວດຫູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ການກວດຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ການເຕີບໂຕ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ການປະພຶດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ອາຣົມທາງສັງຄົມ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ການເຫນັງຕິງຮ່າງກາຍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມື	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																	
	N	A		N	A																																																																																															
ທັສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຜິວໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ປອດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຫົວ/ກະໂຫລກອ່ອນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຫູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະໄວຍະວະສືບພັນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ດັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ກະດູກສັນຫລັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ປາກຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຕີນມື	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ເສັ້ນປະສາດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																															
ຂອດໂນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
ສຸຂະພາບຈິດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
ມາພົບເທື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 12 ເດືອນ																																																																																																				
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ																																																																																																				

ສຸຂະພາບເດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 9 ເດືອນ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການພັທນາການຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ
ລະຫວ່າງອາຍຸ 9 ແລະ 12 ເດືອນ.

ຄານນຳພື້ນເຮືອນ.

ຢືນຢັນ ແລະ ຍົກຍ້າຍດ້ວຍການຈັບເຄື່ອງເຮືອນ.

ອາດເລີ້ມຢ່າງ.

ຊີ້ໃສ່ສິ່ງທີ່ລາວ (ຊາຍ) ຢາກໄດ້.

ດື່ມຈາກຈອກ ແລະ ກິນດ້ວຍຕົນເອງ.

ຫລິ້ນເກມ ເຊັ່ນວ່າ ຕົບມືກັນ ແລະ ກິກຈະ.

ເລີ້ມເວົ້າຄຳເວົ້າ ເຊັ່ນວ່າ: ມາມາ ປາປາ ແລະ ບາຍບາຍ.

ທ່ານຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລິ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ອໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ການກວດກາການເຕີບໂຕໂດຍບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ: ສາຍສິ່ງຕໍ່
ແລະ ອໍ້ມູນກ່ຽວກັບແມ່ທີ່ສົມບູນ ແລະ ເດັກທີ່ສົມບູນ,
1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY).

ຄວາມປອດໄພບ່ອນນັ່ງນິດ: ຮ່ວມກັນຍັບຢັ້ງດ້ານຄວາມປອດໄພ,
1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY).

ເດັກທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການພິເສດ:
ພໍ່ແມ່ ຕໍ່ ພໍ່ແມ່, 1-800-821-5927.

ການປ້ອງກັນຂອງເປື້ອນ: ສູນກາງປ້ອງກັນຂອງເປື້ອນ
ຮັດວໍຊິງຕັນ 1-800-732-6985 (ສຽງ)
1-800-572-0639 (ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY)
ໃນເຮດການສຸກເສີນໃຫ້ໂທ 911.

ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂະພາບ

ສືບຕໍ່ໃຫ້ນົມແມ່ຕໍ່ໄປດົນເທົ່າທີ່ຈະດົນໄດ້, ສຳລັບຢ່າງນ້ອຍປີທີ່ນຶ່ງ.

ນ້ຳນົມແມ່ ຫລື ນົມຍັງເປັນອາຫານທີ່ສຳຄັນຫລາຍຂອງເດັກຂອງທ່ານຢູ່.
ລາວ (ຊາຍ) ກໍຍັງຕ້ອງການກິນອາຫານອ່ອນໆ, ບົດອີກດ້ວຍ.

ຮັກສາແຂ້ວໃໝ່ໆຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໃຫ້ສົມບູນ. ຫລັງຈາກປ້ອນເວົ້າ
ແລ້ວໃຫ້ລ້າງມັນ. ໃຫ້ແຈຜ້າສະອາດ ຫລື ແປງຖູຟັນນ້ອຍໆ, ອ່ອນໆ.
ໃຫ້ຫລີກເວັ້ນການເອົາແກ້ວນົມໃຫ້ຢູ່ຕຽນອນ.

ຢາແສນ antibiotics ບໍ່ແມ່ນຢາທີ່ດີສເມີໄປ. ມັນບໍ່ດີສຳລັບການ
ເປັນຫວັດ ຫລື ແມ່ພະຍາດອື່ນໆ. ການເອົາຢາ ປະຕິຊີວະນະ ໃຫ້ແກ່ເດັກ
ນ້ອຍຂອງທ່ານເວລາລາວບໍ່ຕ້ອງການສາມາດເປັນອັນຕຽາຍໄດ້.

ປ່ຽນໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານແອບໃຊ້ຈອກ. ເອົານ້ຳ, ນ້ຳນົມແມ່ ຫລື ນ້ຳນົມ
ໃຫ້ເປັນຈອກພ້ອມດ້ວຍຫລອດດູດ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ໃຊ້ແກ້ວນົມ, ໃຫ້ວາງ
ແຜນນຳຮູນເປັນຈອກເມື່ອໄດ້ປະມານ 1 ປີ.

ລ້າງມືຂອງທ່ານເລື້ອຍໆ, ໂດຍສະເພາະຫລັງການປຽນຜ້າອ້ອມ ແລະ
ກ່ອນປ້ອນອາຫານລ້າງເຄື່ອງຫລິ້ນຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານດ້ວຍສະບູ
ແລະນ້ຳ.

ຄຳແນະນຳການເປັນພໍ່ແມ່

ເດັກນ້ອຍທຸກຄົນພັທນາການໄປໃນວິທີທາງຂອງລາວ (ຊາຍ) ເອງ. ເດັກນ້ອຍ
ຂອງທ່ານຈະຮຽນ ແລະ ປ່ຽນແປງຕໍ່ໄປເລື້ອຍໆ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າລາວ
ບໍ່ໄດ້ເຕີບໂຕຢ່າງເທົ່າທີ່ຄວນ, ໃຫ້ເວົ້າກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລື
ພະຍາບານ. ສຳລັບການກວດກາພັທນາການບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາ
ແມ່ທີ່ສົມບູນ, ເດັກນ້ອຍທີ່ສົມບູນ (ເບິ່ງເລກໂທຢູ່ທາງຊ້າຍ).

ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ຈິ່ງເບິ່ງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ອາດອາບນ້ຳນັ້ນຕອດເວລາ. ການຈົມນ້ຳອາດ
ເກີດຂຶ້ນຢ່າງໄວ ແລະ ມີດຽບນຳນ້ຳພຽງສອງສາມອິນສ໌. ຖ້າທ່ານຕ້ອງໄດ້
ອອກຈາກຫ້ອງໄປກໍໃຫ້ເອົາລາວ (ຍິງ) ໄປນຳ.

ຮັດສາຍຮັດໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ບ່ອນນັ່ງນິດປິ່ນໝ້າໄປດ້ານຫລັງຮັດສຳລັບ
ໝົດປີທຳອິດ. ໃຫ້ຢູ່ເບາະຫລັງ, ບ່ອນປອດໄພທີ່ສຸດສຳລັບເດັກຂີ້ຮົດ.